

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris: Mention: Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

184

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 mars 1907, à 1 heure

Par Natcho **ARIFEFF**

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

É T U D E

DES

RHINOTOMIES OSSEUSES ANTÉRIEURES

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : { M. BLANCHARD, professeur.
GOSSET et BRANCA, agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRUSSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	COCHER.
Operations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUGET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CH. NEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
Clinique thérapeutique	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MAILLARD	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (A. B.)	JEANSELME	MERY	WALLICH
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les propositions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Son fils reconnaissant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR CHAUFFARD

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL COCHIN

1902-1903

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

Externat 1903-1904.

MONSIEUR DEMELIN

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

1904.

MONSIEUR MARION

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

EXTERNAT 1904.

MONSIEUR BARBIER

MÉDECIN DE L'HÔPITAL HÉROLD

Externat 1904.

MONSIEUR HUDELO

MÉDECIN DES HÔPITAUX,

Externat 1904-1905

MONSIEUR GALLIARD

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

Externat 1905-1906,

MONSIEUR PIERRE SEBILEAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

EXTERNAT 1906-1907.

INTRODUCTION

Dans le courant de l'année 1906, étant externe de M. Sebileau, chef du service oto-rhino laryngologique de l'hôpital Lariboisière, nous avons eu l'occasion de voir quelques cas de tumeurs des fosses nasales ; ces néoplasies par suite de leur malignité et de leur extension ne pouvaient être enlevées d'une façon efficace par les voies naturelles. Il fallut, après une incision cutanée permettant de mobiliser les tissus mous, se donner du jour en réséquant une certaine portion du cadre osseux que forme l'orifice antérieur des fosses nasales ; cette résection osseuse fut atypique, variable dans son siège et son étendue, différente avec chaque tumeur.

Aussi, notre maître, M. Sebileau, nous conseilla de suivre les malades qu'il avait opérés, et de pratiquer nous-même, sur le cadavre, dans son laboratoire de l'amphithéâtre des hôpitaux dont il est le directeur, toute une série de méthodes opératoires permettant de juger les diverses techniques de rhinotomie osseuse.

Nous avons pu ainsi répéter les principales opéra-

tions faites jusqu'à ce jour, constater la large voie que donne la résection osseuse telle que la pratique M. Sebileau, et enfin atteindre l'orifice antérieur des fosses nasales par le vestibule buccal, réalisant ainsi l'incision de Rouge unilatérale, suivie d'une résection osseuse plus ou moins étendue suivant le cas.

Les résultats de nos recherches nous ont permis de tirer quelques conclusions que nous désirons exposer ici, après avoir fait un résumé de la question jusqu'à ce jour.

Mais avant, nous sommes heureux de profiter de l'occasion qui nous est offerte pour remercier notre Maître M. SEBILEAU de l'excellente année d'externat que nous avons passée dans son service et de la bienveillance avec laquelle il nous a donné toute facilité pour mener à bien notre tâche.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

De tous temps, le traitement chirurgical des tumeurs nasales a occupé l'attention des médecins. Les premières observations remontent à la plus haute antiquité : longtemps la rhinotomie simple, cartilagineuse, est seule pratiquée.

Hippocrate, pour enlever les polypes, conseille de fendre la narine avec un bistouri, puis de nettoyer, cautériser et recoudre la plaie.

En 1363, *Guy de Chauliac* constate que dans certains cas, il faut fendre « le nez au côté, jusqu'à l'os » ; il ne conseille pas de suturer sitôt la tumeur enlevée, il faut attendre jusqu'à « tant qu'on soit assuré que le sang soit arrêté et le tout extirpé dès la racine ».

Dionis, en 1717, enseigne que l'extraction des polypes du nez en fendant l'aile du nez et en recousant ensuite, a été une opération pratiquée pendant plusieurs siècles et approuvée par Guidon et plusieurs autres maîtres.

Jusqu'à cette époque on fendait donc purement et simplement la narine latéralement sans se préoccuper de savoir si par la suite il y aurait une cicatrice visible.

C'est en 1741 que *Garengeot*, dans son *Traité des opérations chirurgicales*, conseille aux étudiants, pour éviter les cicatrices disgracieuses, de faire les incisions sur la face en suivant les plis naturels et non la direction des muscles.

« Suivant ce précepte (que je ne donne pourtant que pour les incisions qui regardent la peau du visage, la graisse, les cartilages, etc.), l'endroit où il convient le mieux d'inciser la narine pour agrandir son ouverture, est à la base de son aile, où l'on voit un pli à la peau en figure de croissant. Il faut fendre la narine dans toute la longueur de ce pli. »

Eustache, en 1778, ne pouvant pas extraire un polype par les voies naturelles incise le sillon qui est près de la joue à l'aide d'une petite plaque de bois mince qu'il place au-dessous du sillon, celui-ci étant incisé avec la pointe d'un bistouri.

Heister, contemporain d'Eustache, nous apprend qu'on abusait beaucoup de cette incision qui entraîne de grandes douleurs et des cicatrices difformes.

Il ne s'agit jusqu'à cette époque que de simples incisions cutané-cartilagineuses pratiquées pour l'extraction de polypes nasaux et naso-pharyngiens. Et à ce sujet, il est à remarquer combien peu précises sont les observations relatées : les auteurs emploient toujours le terme vague de polypes. Il faut arriver jusqu'à 1868, jusqu'à *Verneuil*, pour entendre parler d'enchondrome

des fosses nasales, et cependant, si, dans certains cas, il s'agit vraiment de polypes simples, parfois l'évolution clinique montre qu'il s'agit des tumeurs malignes. Dans ces cas la rhinotomie simple alors employée donnait un jour insuffisant ; le besoin d'une résection osseuse s'imposait au chirurgien.

Michaux, en 1843, réalise cette opération pour la première fois : il fend le dos du nez et résèque la branche montante et l'os propre du nez. Il est suivi dans la même voie avec quelques modifications par *Verneuil*, en 1868 et *Chalot*, en 1888.

Chassaignac, en 1854, rabat le nez latéralement, *Bœckel*, en 1863, *Denucé*, en 1867, et *Tirifahy*, en 1888, n'apportent que d'insignifiantes modifications à ce procédé.

En 1857, *Demarquay* ouvre pour la première fois le sinus maxillaire ; il est suivi dans cette voie par *Michel* en 1868, *M. Faure* en 1902, et *M. Sebileau* en 1905.

Langenbeck, en 1859, fait une résection temporaire de l'os propre du nez et de la branche montante, après une incision cutanée latérale qui sert plus tard à *Legouest* en 1865, *M. Moure* en 1902 et *M. Sebileau* en 1905.

Lawrence, en 1862, relève le nez de bas en haut ; deux ans plus tard *Ollier* le rabat de haut en bas.

Rouge, en 1873, pour aborder les fosses nasales fait une incision sous-labiale.

Tel est, succinctement résumé, l'historique de la rhinotomie.

CHAPITRE II

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DES PROCÉDÉS FAITS JUSQU'A CE JOUR

Nombreux sont, on le voit, les auteurs qui se sont occupés de la question; et comme chacun préconise un procédé qui lui est particulier, il est difficile au premier abord de s'y reconnaître au milieu d'un si grand nombre de modes opératoires.

On peut, il est vrai, grouper schématiquement les diverses voies d'accès utilisées pour aborder les fosses nasales, sous cinq chefs :

- 1) *Voie médiane.*
- 2) — *latérale.*
- 3) *Relèvement du nez de bas en haut.*
- 4) *Abaissement du nez de haut en bas.*
- 5) *Rhinotomies sous-labiales.*

1) VOIE MEDIANE

Cette voie a été suivie par :

Lenoir en 1842 (incision cartilagineuse).

Roux 1843

Michaux 1843

Verneuil 1860

Chalot 1886

L'opération de *Lenoir* (1) faite en 1842 est ainsi rapportée par l'auteur : « La malade étant assise, et la tête maintenue par un aide, une incision est faite le long du nez, à droite de l'angle antérieur de l'ouverture de la narine jusqu'au fond de l'espace qui sépare l'os du nez de la mâchoire supérieure. Les deux lèvres de cette incision étant écartées, le doigt est introduit de haut en bas dans les fosses nasales, et le polype est énucléé avec la plus grande facilité.

Après l'extraction, on réunit les deux lèvres de l'incision par cinq points de suture séparés ; on couvre le nez des compresses imbibées d'eau froide. »

Comme on le voit c'est une opération qui n'intéresse que la partie cartilagineuse du nez sur la ligne médiane, sans toucher aux os propres du nez.

Le procédé de *Roux* (2), 1843, a été exécuté de la façon suivante : Roux fendait le nez dans toute sa hauteur et sur la ligne médiane ; à partir de cette première incision, il en faisait partir une deuxième qui passait au-dessus du sourcil droit, (le polype était à droite), il disséquait le lambeau triangulaire, et, dans l'écartement des lèvres de la plaie, saisissait le pédi-

1. *Bull. général de thérap. médicale et chirurgicale* 1842, p. 321.

2. *Bull. de la soc. anatomique de Paris*, 1843 (p. 294) et *Gazette des hôpitaux civils et militaires*. Paris, 1843 (p. 594).

cule du polype qui s'insérait à la partie supérieure des fosses nasales.

Michaux, (1) de Louvain, le 4 janvier 1843 a été appelé à faire l'opération suivante : fendre le nez et la lèvre supérieure sur la ligne médiane, enlever l'os propre du nez et l'apophyse montante du maxillaire du côté gauche.

Michaux n'a pas pu extraire le polype ; le malade qui saignait beaucoup tomba trois fois en syncope ; *c'est la première résection osseuse pratiquée sur le vivant.*

Verneuil (2), en 1860, à propos d'une pièce présentée à la Société anatomique dit que s'il avait à extraire un polype des fosses nasales, il ouvrirait le dos du nez vers sa racine. Huit ans plus tard, l'occasion s'étant présentée, Verneuil fit en effet une incision du côté où proéminait la tumeur, sur la face dorsale du nez, le long de la cloison. Quand cette incision ne donne pas assez de jour, on peut, comme ce même auteur l'a fait dans une seconde observation, enlever une partie de l'os propre du nez, ou le bord interne de la branche montante du maxillaire supérieur. Verneuil pose en fait que l'espace ainsi créé est suffisant quand on peut y introduire le doigt.

Voici le procédé que *Chalot* (3) décrit en 1886 dans

1. *Bull. de l'Académie royale de méd. de Belgique*, (1852-53), t. XII, p. 342 et *Mémoires de l'Académie royale de méd. de Belgique*, t. III, p. 3, (1854).

2. In *Thèse de Paris*, 1869, par Baudrimont, p. 42.

3. in *Traité élém. de chir. et méd. opér.* par CHALOT, 3^e éd., 1898, p. 166 et 167 et in *Nouveau élément de chir. opér.* par V. Chalot, Paris, 1886, p. 189 et 190.

son livre sous le nom de **ostéotomie unilatérale** :

« Avec de fort ciseaux droits, dont une branche est introduite dans la narine, diviser toute la partie cartilagineuse jusqu'au bord inférieur de l'os nasal, le long du dos du nez. Prolonger l'incision avec le bistouri sur l'os jusqu'à la racine du nez, puis faire une petite incision transversale qui croise l'apophyse orbitaire interne.

Hémostase.

Section verticale de l'os nasal avec une scie à phalanges, ou mieux avec la scie de Shrady introduite dans la fosse nasale.

Section transversale de l'os nasalet de l'apophyse montante du maxillaire supérieur avec les ciseaux; on peut alors renverser en dehors la valve nasale, en fracturant le reste de l'apophyse au moyen d'une forte pince dont les mors sont garnis de coton ou de caoutchouc. Si l'apophyse résiste, on peut la détacher d'un coup de ciseau par l'intérieur de la fosse.

Dans les cas où l'on voudrait arriver sur le sinus sphénoïdal, sur la voûte du pharynx, on n'aurait plus qu'à réséquer les cornets avec des cisailles.

Chalot décrit ensuite un autre procédé :

L'ostéotomie bilatérale à volets. — Faire d'abord l'opération d'un côté comme dans le procédé précédent.

Luxer vers l'autre côté le cartilage de la sous-cloison, qu'il faut respecter. Perforer la cloison immédiatement au-dessus de lui, sous le dos du nez, et la diviser de bas en haut avec une paire de cisailles.

Faire à la racine du nez une petite incision transversale, comme celle du côté déjà ouvert, puis diviser au

ciseau l'os nasal et l'apophyse montante, et renverser en dehors le second volet, comme on a fait pour le premier. L'incision apparente a ainsi la forme d'un T dont la branche verticale longe le côté du dos du nez.

Après l'opération, la sous-cloison revient à sa place, et la forme du nez est reconstituée dans de bonnes conditions esthétiques. La vitalité du nez est, en outre, entièrement conservée.

En résumé, la voie médiane a été faite par cinq auteurs : Lenoir, qui ouvre la partie cartilagineuse du nez ; Roux, qui fend le nez dans toute sa hauteur, et ajoute une incision sus-sourcilière ; Michaux, qui fend le nez dans toute sa hauteur, sans l'incision sus-sourcilière de Roux, mais avec résection de l'os propre du nez et de la branche montante du maxillaire ; Verneuil, qui fend, dans un cas, purement et simplement le nez dans toute sa hauteur, et, dans un autre cas, enlève l'os propre du nez et un peu de la branche montante du maxillaire et se rapproche, par conséquent, du procédé de Michaux.

Chalot enfin fait une incision transversale à la racine du nez et brise la branche montante latéralement, réalisant ainsi une opération difficile et dangereuse à cause des esquilles qui pourraient se produire.

2) VOIE LATÉRALE

On peut subdiviser cette voie en deux :

- a) *Celle qui ouvre les deux fosses nasales à la fois ,*
- b) *Celle qui ouvre une seule fosse nasale.*

a) Celle qui ouvre les deux fosses nasales à la fois a été faite par :

<i>Chassaignac</i>	en 1854
<i>Desprez</i>	1857
<i>Bæckel</i>	1863
<i>Denucé</i>	1867

Voici comment *Chassaignac* (1), en 1854, décrit son procédé : « Le malade est assis, l'opérateur est placé en face de lui ; il fait une incision transversale d'une orbite à l'autre, fait tomber sur cette première incision et du côté droit une section verticale et un peu oblique ; arrivé au niveau de l'orifice des narines, il change brusquement de direction et fait une incision transversale qui s'étend de droite à gauche dans toute la largeur de la partie inférieure du nez. De cette manière le nez se trouve inscrit dans un lambeau rectangulaire qui ne tient plus que par un seul côté au reste de la face.

Les tissus cutanés et cartilagineux qui constituent l'enveloppe extérieure et une partie de la charpente nasale, sont alors séparés par des larges et rapides incisions, de manière à permettre de rejeter ce lambeau nasal tout d'une pièce sur la joue gauche (la cloison ostéo-cartilagineuse était détruite). L'opération faite, on procède à la réapplication rhinoplastique du lambeau qui avait été rejeté sur la joue gauche : de nombreux points de suture rétablissent, autant que faire se peut, la configuration normale.

1. *Moniteur des hôpitaux*, 21 mars 1854, p. 266.

Desprez (1), en 1857, décrit dans sa thèse son procédé de la façon suivante :

Premier temps. — Incision avec un bistouri dirigé perpendiculairement à la peau des sillons naso-labial et naso-génien. L'incision doit comprendre l'épaisseur des parties molles ; elle sera, ensuite, dirigée sur le bord antérieur du maxillaire supérieur depuis le sillon indiqué jusqu'à l'os propre du nez correspondant.

Un aide relève la partie latérale du nez ainsi détachée.

Deuxième temps. — Inciser la sous-cloison à son union avec la lèvre supérieure ; continuer l'incision de manière à détacher, doublé de la muqueuse, le cartilage triangulaire de l'épine nasale antérieure et de la crête qui lui fait suite, dans l'étendue de 1 centimètre.

Troisième temps. — A la terminaison de cette incision, relever le bistouri perpendiculairement et diviser le cartilage jusqu'à la hauteur des os du nez.

L'aide relève ce second lambeau taillé sur la cloison.

Quatrième temps. — Introduire parallèlement au plancher des fosses nasales, de chaque côté de la cloison, la branche très étroite d'une pince de Liston ; détacher le vomer aussi près que possible de la voûte palatine, et dans toute son étendue ; reporter l'instrument dans la même direction et au niveau du bord inférieur des os propres du nez, et diviser jusqu'à l'apophyse basilaire.

Le vomer est enlevé.

Si la voie ainsi créée n'est pas assez large et si la

1. *Thèse de Paris* 1857, par Desprez, p. 29.

maladie n'a pas détruit le bord antérieur du maxillaire supérieur, alors avec la gouge et le maillet ou avec une petite scie, on peut disséquer l'os dans une étendue de 1 centimètre ou de 1 2 centimètre; mais il faut préalablement détacher avec le périoste la lèvre externe de la plaie latérale, comme on le fait, par exemple, dans l'ablation du premier métacarpien, en conservant le pouce.

L'opération faite, une épingle et quelques serres-fines sont utilisées pour le lambeau de la cloison; trois épingles pour la suture entortillée du lambeau latéral.

Bœckel (1), en 1863, décrit un procédé analogue à celui de Chassaignac; ce procédé consiste en :

1° Trois incisions; l'une, transversale, sur le dos du nez, va d'un sac lacrymal à l'autre, immédiatement au-dessous du tendon de l'orbiculaire; une seconde incision part de l'extrémité droite de la première, descend dans le sillon naso-génien jusqu'à l'aile du nez, qu'elle détache. Une troisième incision divise la sous-cloison à son union avec la lèvre.

2° A l'aide d'un trocart, on perce le nez, d'un sac lacrymal à l'autre; et on divise les os dans le sens de la première incision avec la scie à chaîne. Un second trait donné avec une scie à guichet divise les os dans le sens de l'incision verticale. Enfin il reste à couper verticalement la cloison des fosses nasales; aussi loin en arrière que possible; on y parvient moyennant une

1. *Traité de résections* par O. HEYFELDER traduit par BŒCKEL, 1863, p. 294.

pince de Liston, un fort bistouri ou une petite scie.

3^e Application du vaste lambeau comprenant presque toute la saillie du nez, vers le côté droit, en brisant l'apophyse montante de ce côté à sa base. On la saisit entre les branches d'une forte pince garnie d'amadou. Si elle offre trop de résistance, on peut la diviser par l'intérieur du nez avec un ciseau.

4^e Pour achever de dégager l'accès du pharynx, extraction des cornets et du reste de la cloison. Puis, le polype enlevé, on refixe le nez en place à l'aide de points de suture. D'après l'auteur, la portion de la cloison qui a été conservée et repliée avec le nez empêche l'affaissement de cet organe, et les cicatrices sont certainement peu visibles...

Denucé, en 1867, décrit un procédé en tous points semblable à celui de Bœckel : il ne présente rien de spécial.

Tirifahy, en 1888, fait l'incision cutanée de *Chassaignac* avec des angles émoussés et non droits.

En un mot, les procédés de Bœckel, Denucé et Tirifahy sont calqués sur celui de Chassaignac et il n'y aurait aucun avantage à les décrire séparément.

Remarquons cependant que la seconde partie de l'opération, les sections osseuses, n'ont pas été faites du premier coup : Chassaignac les avait indiquées, mais les dispositions anatomo pathologiques particulières de son malade le dispensèrent d'y avoir recours, et elles ne furent faites que plus tard.

b) Celle qui ouvre une seule fosse nasale seulement.

Elle a été faite par :

<i>Demarquay</i> en	1857 et 1862
<i>Langenbeck</i>	1859
<i>Legouest</i>	1865
<i>Michel</i>	1868
M. <i>Moure</i>	1902
M. <i>J.-L. Faure</i>	1903
M. <i>Sebileau</i>	1905

L'opération de *Demarquay*, en 1857, manque tout à fait de données techniques; elle consistait, selon l'auteur, dans l'enlèvement de la paroi antérieure du sinus maxillaire, mais en conservant la voûte palatine.

Le procédé de *Langenbeck* (1) (1859) consiste en une incision qui s'étend depuis le milieu de la racine du nez jusqu'au côté externe de l'aile nasale, et qui permet de disséquer la peau en conservant le périoste. A l'aide d'une tenaille incisive, *Langenbeck* coupe d'abord l'os propre du nez, jusqu'à l'épine nasale du frontal, en longeant la cloison; puis, par une incision transversale qui pénètre jusque dans le sinus maxillaire, la base de l'apophyse orbitaire du maxillaire.

Les os furent ensuite luxés en haut à l'aide d'un élévateur introduit dans la fosse nasale, et soulevés au-devant du front. L'opération terminée, les os luxés, qui restaient adhérents par un lambeau, large d'un pouce, périostique d'une part, muqueux de l'autre,

1. In *Gaz. heb. de méd. et chir.*, Paris, 1860 et in *Deutsche Klinik*, n° 48, 1859.

furent ensuite remis en place, et l'incision de la peau réunie par des points de suture.

Demarquay (1), en 1862, fait une opération qu'il rapporte ainsi : « Je fis partir ma première incision du grand angle de l'œil, et suivant le sillon naso-génien, je la terminai à la partie inférieure de la narine. De la partie inférieure de cette première incision, j'en fis partir une seconde, allant jusqu'au masséter ; cela fait, je disséquai les deux lambeaux formés par mes incisions, à savoir un lambeau nasal et un lambeau génien, mettant le plus grand soin à ménager le périoste. Cela fait, avec une pince de Liston, j'enlevai l'apophyse montante du maxillaire, en laissant assez de cet os pour ne pas déformer le nez et toute la paroi antérieure du sinus maxillaire, en conservant le bord orbitaire. »

Legouest (2), en 1865, a exécuté l'opération suivante : « Au moyen d'une incision partant du grand angle de l'œil et descendant le long de l'aile du nez jusqu'à mi-hauteur de la lèvre supérieure, j'ai ouvert largement la narine gauche et renversé en partie le nez à droite après avoir détruit l'articulation de l'os propre du nez avec l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Portant une cisaille sur l'apophyse montante et sur la partie externe et inférieure de l'ouverture antérieure des narines, j'ai à l'aide d'un coup de ciseau renversé en dehors la paroi interne du sinus maxillaire.

Michel (3), en 1868, exécute ce procédé : Le malade

1. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* (1862), p. 554.

2. In *Bull. de la Soc. de chir.* du 29 nov. 1865, p. 523.

3. In *Thèse de Strasbourg*, 1869, de M. MATHIAS DUVAL, p. 58.

étant chloroformé, il fait une incision étendue de l'angle interne de l'œil à la partie inférieure de la narine. De ce point, une incision perpendiculaire de 2 centimètres est conduite de dedans en dehors. On dissèque en dehors un lambeau cutané musculaire de forme triangulaire, à bord adhérent du côté de la joue ; en dedans on sépare les parties molles de la branche montante du maxillaire supérieur, même jusqu'à son pourtour nasal.

La branche montante du maxillaire supérieur, le pourtour osseux de la narine sont à nu ; avec un ciseau et un maillet, on enlève toute cette branche montante, une partie du pourtour orbitaire et la portion la plus interne du sinus maxillaire. Ce premier temps s'exécute sans hémorragie appréciable ; la veine angulaire a été respectée.

M. Moure (1), en 1902, à propos d'un cancer de l'ethmoïde a fait cette opération : il a rabattu le nez sur l'un des côtés à l'aide d'une incision partant de la partie inférieure du frontal pour aller jusqu'à la narine correspondante ; le nez étant détaché à l'aide de la rugine et rabattu pour mettre le squelette à nu, on fait sauter à la pince coupante et à la gouge (2)

1° En dehors, la branche montante du maxillaire supérieur, une partie de l'os unguis, en ayant soin de récliner, avec la rugine d'abord et l'écarteur ensuite, le canal nasal membraneux pour ne pas créer de fistule de ce conduit ;

1. In *Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 1902, p. 405.

2. Voir pages 27 et 29 (Fig. 1 et 2).

2° En dedans l'os propre du nez;

3° Enfin, en haut l'épine nasale du frontal.

Dans un prochain chapitre, je discuterai les avantages et les inconvénients de cette opération : pour le moment je me bornerai à signaler une modification que mon maître Sebileau (1) fut très heureusement amené à pratiquer au cours d'une de ces interventions. Cette modification donne une voie beaucoup plus large, avantage très appréciable dans ces sortes d'opérations où l'on est obligé de travailler toujours à l'étroit et comme dans un puits.

Elle est ainsi décrite par M. *Sebileau* : « Après avoir détaché l'insertion du cartilage latéral de l'aile du nez sur la bordure échancrée de la branche montante, et décollé de sa niche le sac lacrymal, je fis tomber à la pince gouge toute la branche montante, l'os propre du nez, l'unguis et une petite étendue de la partie interne de l'orbite (jusqu'ici opération de Moure). Comme cela ne me donnait pas encore le jour suffisant, je continuai à faire travailler l'instrument, non plus sur la branche montante elle-même, mais sur le pourtour du « cœur de carte à jouer », ce qui ouvrit le sinus maxillaire et me permit, en détruisant un peu de sa paroi interne, de créer dans toute la hauteur de la fosse nasale, depuis le dôme ethmoïdal jusqu'à la convexité de cornet inférieur une béance énorme.

M. J.-L. *Faure* (2), en 1903, a exécuté cette opération. Le malade est en position de *Rose*.

1. Voir page 29 (fig. 2).

2. In *Thèse de Paris*, 1903, p. 47, par CHRISTOPHE.

Premier temps. — On fait une incision transversale sur le bord inférieur de l'orbite et sur une étendue d'environ 2 ou 3 centimètres. Puis, de l'extrémité interne de cette incision, sous l'angle de l'œil, on fait partir une deuxième incision, verticale, suivant le sillon naso-génien, jusqu'à l'insertion de la narine correspondante qui se trouve de ce fait complètement détachée. Cette incision verticale peut quelquefois suffire, l'incision sous-orbitaire étant inutile ou réduite à 1 centimètre à peu près.

Deuxième temps. — *Décollement du lambeau cutané.* — On dissèque avec soin, en dehors, le lambeau cutané, mettant ainsi à nu le rebord osseux de l'orifice antérieur des fosses nasales et la face antérieure du maxillaire supérieur sur une faible étendue.

Troisième temps. — *Section osseuse.* — A l'aide d'une pince emporte-pièce, on agrandit de 1 centimètre environ, en dehors et en haut, l'orifice antérieur de la fosse nasale correspondante. Cette échancrure ouvre le sinus maxillaire.

On procède ensuite à la suppression de la paroi interne du sinus et du cornet inférieur qu'on enlève très facilement à la pince emporte-pièce. La fosse nasale et le sinus forment ainsi une seule cavité très large, très claire, dans laquelle les instruments évoluent facilement. Grâce au jour que donne cette large brèche, on arrive, sans difficulté aucune, sur l'orifice postérieur de la fosse nasale. Si l'ouverture postérieure ne donne pas assez de jour pour explorer la région naso-pharyngienne, il est facile de l'agrandir. Pour

cela, avec une pince-gouge, on enlève une portion du bord postérieur de la cloison des fosses nasales et l'on a ainsi un jour suffisant pour les manœuvres nécessaires à l'ablation de la tumeur.

L'opération faite on suture la plaie à points séparés.

M. *Sebilleau* divise la rhinotomie para-latéro-nasale (le mot est de lui) en supérieure et inférieure.

Voici comment il les pratique : Pour la **rhinotomie para-latéro nasale supérieure**, il fait une incision cutanée partant du grand angle de l'œil allant jusqu'au sillon naso-labial en suivant le sillon naso-génien et sans ouvrir la narine. L'incision va d'emblée jusqu'à l'os. Il rugine tout le champ que l'élasticité de la peau permet de découvrir. Alors après avoir détaché ou non l'insertion du cartilage latéral de l'aile du nez sur la bordure échancrée de la branche montante et décollé de sa niche le sac lacrymal, il fait tomber à la pince-gouge toute la branche montante, l'os propre du nez, l'unguis et une petite étendue de la paroi interne de l'orbite.

Cette opération, M. *Sebilleau* l'emploie pour les tumeurs ethmoïdales.

Pour les tumeurs bas situées, M. *Sebilleau* emploie la **rhinotomie para latéro-nasale inférieure** qu'il exécute de cette façon : Après une incision cutanée latérale partant à 1 centimètre plus haut que le sillon de l'aile du nez et se terminant à la partie inférieure de celui-ci il rugine le pourtour du « cœur de carte à jouer » et décolle le cartilage de l'aile du nez du bord de l'échancrure antérieure de la fosse nasale. Alors avec une pince-

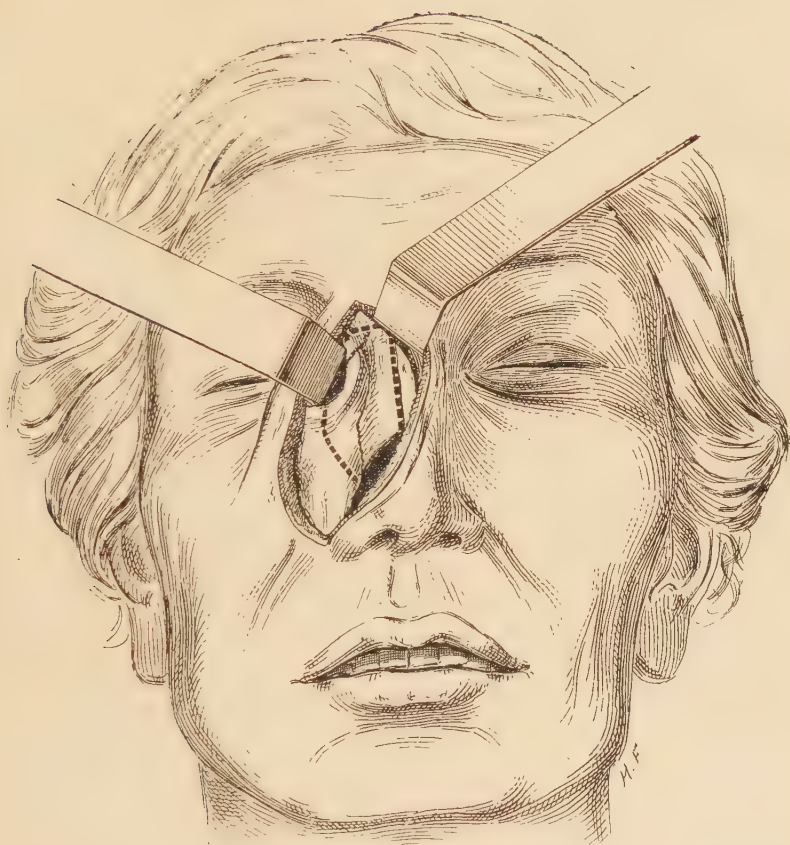


FIGURE I.

2^e temps de la rhinotomie para-latéro nasale sup.
Le pointillé marque les os qu'on doit enlever à la pince-gouge.

A. MICHALON, Editeur
PARIS

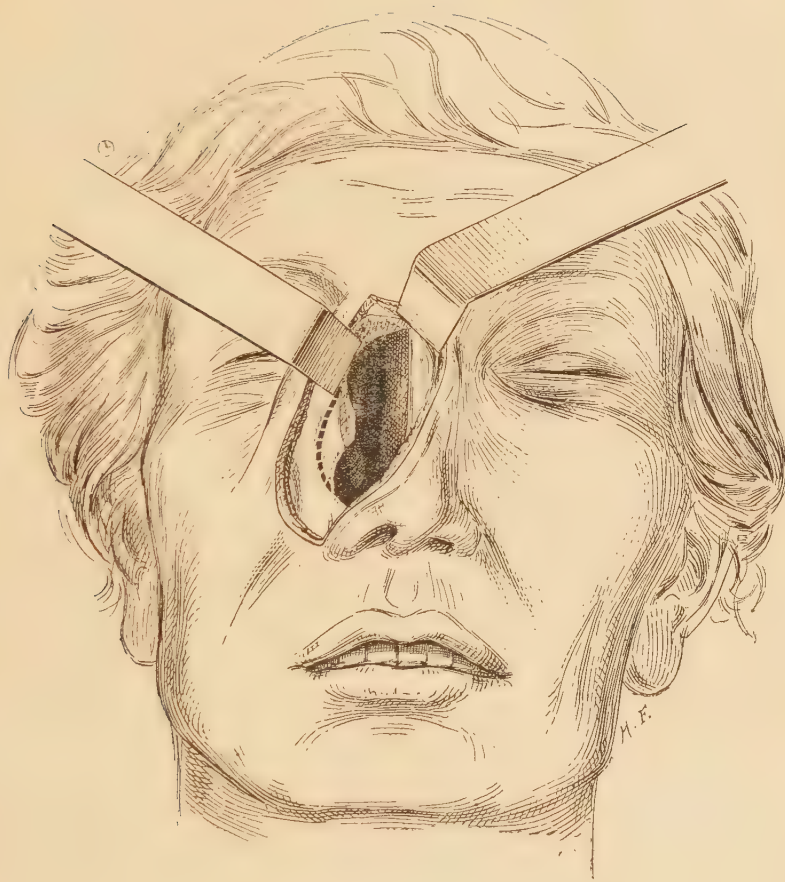


FIGURE II.

3^e temps de la rhinotomie para-latéro nasale sup.

Les os ont été enlevés. Le pointillé marque la modification de M. Sebilleau.

A. MICHALON, Editeur
PARIS

gouge il enlève 1 centimètre de ce pourtour osseux qui ouvre le plus souvent le sinus maxillaire.

En un mot, le procédé de Demarquay, de 1857, très incomplet dans sa description, ne nous renseigne pas sur l'incision cutanée cependant importante en cet endroit de la face ; mais son opération de 1862 est bien décrite : après une incision cutanée latéro-nasale de la partie inférieure de laquelle il fait partir une autre perpendiculaire à la première qui va jusqu'au masséter, il ouvre le sinus maxillaire et enlève la branche montante du maxillaire supérieur. Langenbeck fait l'incision latérale qui a servi plus tard à Legouest et Moure mais il décolle la peau sans toucher au périoste adhérent à l'os et luxé l'os propre du nez et la branche montante du maxillaire en haut.

Legouest fait la même incision cutanée que Langenbeck, mais son opération manque de précision et de détail. Comment renverse-t-il en dehors la paroi interne du sinus maxillaire ?

Michel fait la même incision que Langenbeck, plus, à la partie inférieure, une incision perpendiculaire à la première ; il enlève la branche montante, une partie du pourtour orbitaire et la portion la plus interne du sinus maxillaire.

M. Moure fait l'incision cutanée de Langenbeck, puis il enlève la branche montante du maxillaire plus l'os propre du nez et l'épine frontale ; à ce procédé mon maître Sebileau ajoute la résection du pourtour piriforme de l'orifice antérieur de la fosse nasale.

M. Faure fait l'incision cutanée sous-orbitaire, puis

la continue et contourne l'aile du nez, enlève enfin 1 centimètre du pourtour piriforme plus la paroi interne du sinus maxillaire avec le cornet inférieur et 1 centimètre du bord postérieur du vomer qui doit être enlevé avec une pince-gouge spéciale.

3) RELÈVEMENT DU NEZ DE BAS EN HAUT

Cette opération a été exécutée par les auteurs suivants :

Dupuytren,

Lawrence,

Castex,

Robin Massé dans sa thèse nous renseigne aussi sur un procédé employé par *Dupuytren* (1) au cours d'une de ces interventions : Dans un cas *Dupuytren* fit une incision contournant les deux ailes du nez et détachant les cartilages jusqu'aux os (pl. III, fig. 1).

Lawrence (2) en 1862 pratiqua l'opération suivante : deux incisions, partant du côté interne des sacs lacrymaux, divisèrent les téguments de chaque côté du nez et se terminèrent au point de jonction des ailes nasales avec la lèvre supérieure. Puis on coupa les apophyses montantes du maxillaire et les os du nez avec des ciseaux. Enfin il divisa la cloison et releva le nez sur le front.

1. In *Thèse de Paris*, 1864, p. 27.

2. In *Traité des résections* par HEYFELDER, 1863, p. 295.

L'opération faite, le nez fut replacé dans sa position normale, où on le maintint par quelques sutures.

M. Castex (1), en 1896 décrit la **rhinotomie transversale inférieure** : On mène une incision commençant sous le sillon vertical qui sépare en dehors l'aile du nez de la joue. Elle détache ainsi l'aile correspondante puis passe horizontalement entre les narines et la limite supérieure de la lèvre, arrive ainsi sur l'autre côté de la face où elle se termine symétriquement en dehors de l'aile nasale correspondante qu'elle détache de même. Quand cette incision est bien complète, on désinsère, avec des ciseaux droits ou même avec le bistouri, en procédant horizontalement d'avant en arrière, la cloison cartilagineuse de son attache inférieure au plancher.

Comme on le voit, Dupuytren a commencé par contourner le nez par une incision et relever les parties molles du nez, Lawrence a continué la même incision jusqu'aux sacs lacrymaux, comme il le dit, et M. Castex n'a fait que refaire l'opération de Dupuytren.

4) ABAISSEMENT DU NEZ DE HAUT EN BAS

C'est le procédé d'Ollier (2). En 1864, cet auteur fit en effet l'opération suivante : incision cutanée en forme

1. In *Deuxième Congrès de chirurgie*, Paris, 1896, p. 286.

2. In *Bull. de la Soc. impériale de chirurgie de Paris*, 1866, p. 263.

de fer à cheval, partant du point le plus reculé du contour supérieur de l'aile du nez, remontant en haut vers le point le plus élevé de la racine, et descendant par une voie analogue jusqu'au même point de l'aile du nez du côté opposé. On prend une scie fine (scie de Butcher, scie Mathieu), on coupe de haut en bas les os du nez dans la direction de l'incision extérieure ; on abaisse alors le nez en rendant, si c'est nécessaire, l'abaissement plus facile par quelques coups de ciseaux portant sur la partie cartilagineuse de la cloison et sur l'aile du nez. Pour se donner plus d'espace, il faut mobiliser la cloison, la déjeter latéralement avec le doigt seulement, si elle est usée ou amincie par le polype, ou bien au moyen d'une incision antéro-postérieure, si elle résiste.

5) VOIE SOUS-LABIALE

Elle se divise en deux procédés :

- a) *Procédé classique de Rouge, qui ouvre les deux fosses nasales.*
- b) *Procédé nouveau, qui ouvre une seule fosse nasale avec résection osseuse.*

a) **Procédé de Rouge (1) :** en 1873, Rouge a décrit cette opération pour le traitement chirurgical de l'ozène.

1. Nouvelle méth. pour le traitement de l'ozène, 1873 (Lau-sanne) et in *Traité de technique opératoire* par MONOD ET VANTERTS, 1902 p. 744.

Le malade étant mis en position de *Rose*, après anesthésie chloroformique, la face tournée vers une fenêtre, on saisit la lèvre supérieure à ses extrémités à l'aide de deux pinces de Muzeux qui la relèvent par leur propre poids. On incise la muqueuse dans le sillon labio-gingival supérieur, en allant d'une première molaire à l'autre. En rasant le maxillaire supérieur, puis en entaillant en arrière, on arrive aussitôt dans les fosses nasales. Un fort écarteur à deux branches est introduit par la plaie et on rabat énergiquement la lèvre et tout le nez vers le front. On achève de le mobiliser par deux coups de rugine sur le bord osseux qui circonserit l'ouverture. Hémostase par tamponnement.

L'opération terminée, on rabat tout l'appareil nasolabial et l'on fait une suture exacte de la muqueuse.

b) Procédé nouveau qui ouvre une seule fosse nasale avec résection osseuse.

C'est grâce à l'extrême bienveillance avec laquelle mon éminent maître Sebileau a mis à ma disposition le matériel et les sujets nécessaires pour répéter la plupart des procédés de rhinotomie, que j'ai pu mettre à exécution l'idée que j'avais de faire la rhinotomie sous-labiale unilatérale avec résection osseuse. Je me suis empressé de lui montrer l'opération faite sur le cadavre ; il l'a sanctionnée de sa haute autorité et l'a exécutée quelques jours plus tard sur un malade qui avait, sur la partie inférieure de la cloison, un sarcome, qui s'était propagé sur tout le plancher.

L'opération est la suivante :

1^{re} Temps. — Le malade étant dans la position de *Rose*, on fait une incision dans le sillon gingivo-labial (assez haut pour avoir sur la lèvre inférieure de l'incision assez de tissu pour suturer à la fin), partant du milieu (à côté du frein gingivo-labial) et s'étendant à 4 centimètres en dehors ; cette incision doit aller d'emblée jusqu'à l'os (Voir figure III).

2^e Temps. — On relève les parties molles en haut avec la rugine, on rugine l'os en haut et en dehors, pendant qu'un aide écarte la lèvre supérieure avec deux écarteurs de *Farabeuf*. On voit la moitié du contour piriforme de l'orifice antérieur des fosses nasales et à

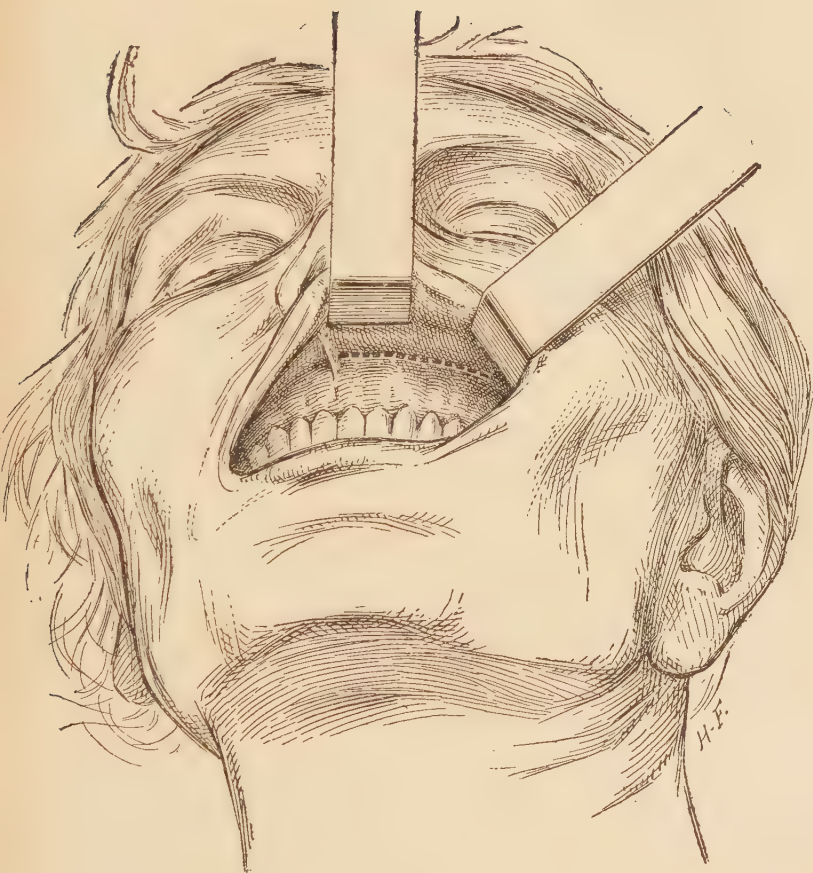


FIGURE III.

1^{er} temps de la rhinotomie sous-labiale unilatérale.
Incision le plus haut possible du sillon gingivo-labial.

A. MICHALON, Editeur
PARIS

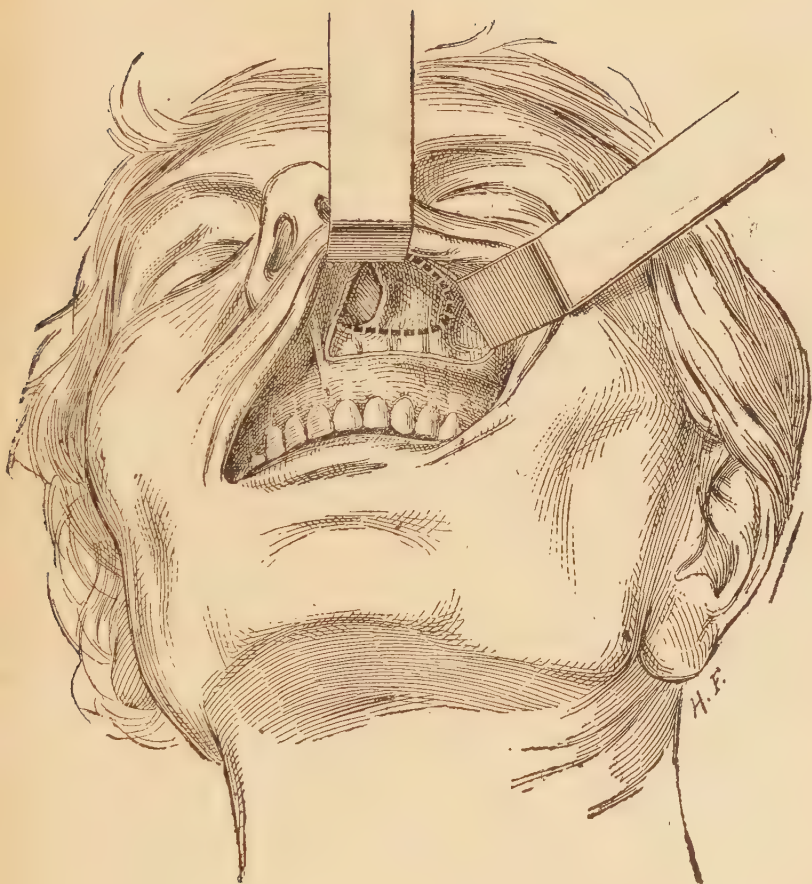


FIGURE IV.

2^e temps de la rhinotomie sous-labiale unilatérale.
Le pointillé marque l'os à enlever.

A. MICHALON, Editeur
PARIS

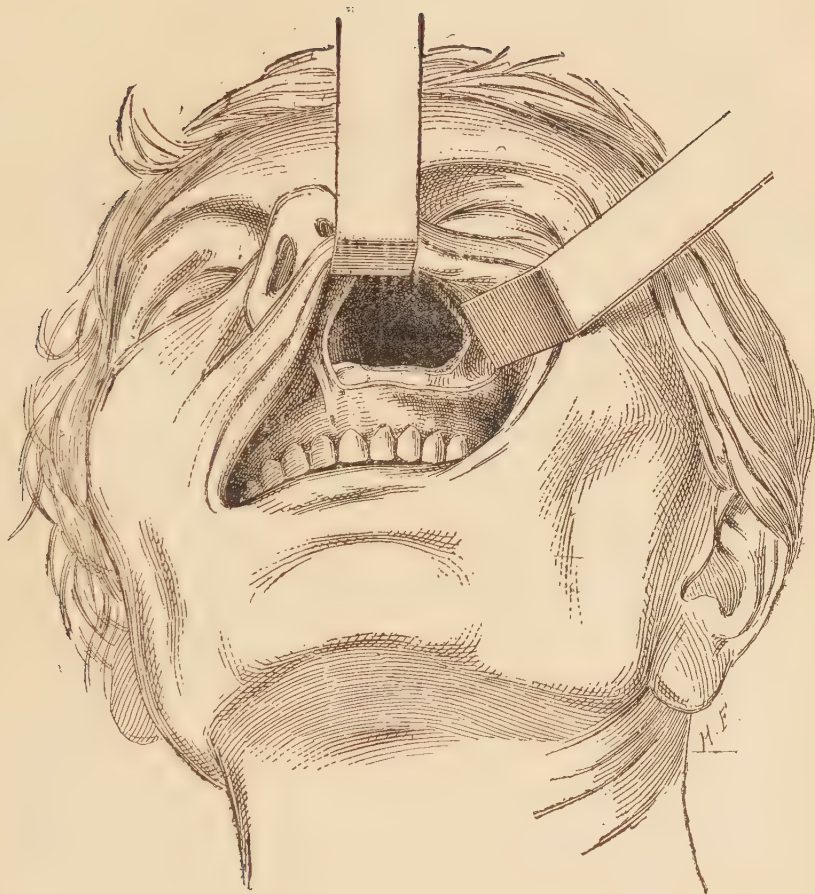


FIGURE V.

4^e temps de la rhinotomie sous-labiale unilatérale.
La résection osseuse est effectuée.

A. MICHALON, Editeur
PARIS

1 cm. 1/2 ou 2 centimètres la paroi antérieure du sinus maxillaire et une portion de la branche montante du maxillaire supérieur (voir figure IV).

3° *Temps.* — On incise sur le contour piriforme ou on détache avec la rugine le cartilage de l'aile du nez avec sa muqueuse. On pénètre dans la fosse nasale.

4° *Temps.* — Avec la pince-gouge, s'aidant si on veut de la gouge et du maillet, de temps à autre, on enlève 1 cm. 1/2 du contour piriforme et, si la tumeur est haute, presque toute la branche montante et, la paroi interne du sinus maxillaire munie du cornet inférieur. On a alors devant soi un large espace de 2 cm. 1/2 à 3 centimètres et haut d'autant dans lequel les curettes évoluent facilement (voir figure V). Pour curetter le plancher on se servira de la curette à concavité antérieure de mon maître Sebileau ; pour curetter l'apophyse basilaire, d'une curette à concavité postérieure.

L'hémostase se fait par tamponnement. Il faut être éclairé de préférence avec le miroir de Clar (voir obs. V).

CHAPITRE III

DISCUSSIONS DE CES DIVERS PROCÉDÉS

Maintenant que nous avons passé en revue tous les procédés de rhinotomie, arrêtons notre choix sur ceux qui nous paraissent les meilleurs ; il est difficile de se faire une opinion en présence de techniques si nombreuses et cependant pour la plupart si peu différentes.

Actuellement, grâce au progrès de la rhinologie, les tumeurs des fosses nasales sont le plus souvent diagnostiquées dès le début ; elles sont alors parfaitement opérables, et cela, sans défigurer beaucoup le malade.

Il est heureusement rare de voir aujourd'hui de ces tumeurs qui après avoir rempli les fosses nasales ont envahi les sinus maxillaires, les orbites, refoulé les globes oculaires et détruit le nerf optique ; on les a vu remplir les sinus frontaux, la loge ptérygo-maxillaire, l'arrière cavité des fosses nasales, et, refoulant le voile, boucher l'œsophage et le larynx, faisant asphyxier le malade ; d'autres fois perforant la lame criblée et déterminant une méningite, une encéphalite, etc.

Ces néoplasies ne relèvent d'aucun des procédés que avons décrits : laissons de côté ces cas inopérables le plus souvent et n'envisageons que ceux qui relèvent vraiment du chirurgien. Le malade dans ces cas nous demandera de le défigurer le moins possible ; examinons donc les différents procédés que nous venons de décrire et arrêtons notre choix.

1) VOIE MÉDIANE.

Je retiens surtout le procédé de Michaux et celui de Chalot (les autres ne donnent pas assez de voie), qui donnent un accès large dans les fosses nasales ; mais tous les deux font juste sur le dos du nez une incision qui donne une cicatrice très visible ; de plus, celui de Chalot présente quelques difficultés ; on n'est en effet pas maître de soi, lorsqu'il faut casser la branche montante qui résiste et pourrait produire des esquilles blessant en haut le canal lacrymo-nasal, et produisant dans la suite une fistule lacrymale.

2) VOIE LATÉRALE.

Groupe a. — *Celle qui ouvre les deux fosses nasales.*

Groupe b. — *Celle qui ouvre une seule fosse nasale.*

Groupe a. — Procédé Chassaignac. C'est un bon procédé, qui donne assez de voie, mais qui a le même inconvénient que le procédé de Chalot : difficulté pour

casser la branche montante ; il fait, de plus, un débâlement effrayant, d'où affaissement possible du nez, laisse une cicatrice vraiment trop disgracieuse, et ouvre les deux fosses nasales à la fois, même quand on n'a besoin que d'une brèche unilatérale.

Groupe *b*).— Le procédé que Demarquay fit en 1862 sert de base à tous les autres procédés faits après lui, et si on supprime l'incision qui part de la partie inférieure de l'incision cutanée latérale pour aller jusqu'au masséter, il devient un procédé excellent, donnant une voie d'accès très large et pouvant remplacer tous les procédés créés depuis 1900, abordant les fosses nasales par l'extérieur. Le procédé de Michel n'est, autre chose, qu'une copie un peu restreinte au point de vue de l'incision cutanée et osseuse de celui de Demarquay. Le procédé de Moure qui réalise la partie supérieure de l'incision osseuse du procédé de Demarquay ou l'incision osseuse de Michaux et l'incision cutanée de Langenbeck est un bon procédé pour aborder les tumeurs de l'ethmoïde. Dès que l'opération est faite, on tombe directement sur la tumeur ; la voie est directe, courte, mais dans certains cas, lorsque la tumeur est volumineuse, il faut la faire comme mon maître Sebileau l'a faite pour enlever un enchondrome de l'ethmoïde. C'est une opération qui ne laisse pas à sa suite de déformation du nez, mais la cicatrice de l'incision cutanée, quoi qu'on en dise, se voit toujours.

L'opération de M. Faure ouvre le sinus maxillaire comme les opérations de Demarquay et de Michel, mais l'incision cutanée, au lieu d'être agrandie par en

bas, arrive au même but avec une incision sous-orbitaire. Il donne une voie assez large dans toute la fosse nasale et l'arrière-cavité des fosses nasales. Seulement, la cicatrice est plus disgracieuse que lorsqu'on emploie l'incision cutanée de Langenbeck. Mais elle peut être très avantageusement remplacée par la rhinotomie sous-labiale unilatérale avec résection osseuse qui ne laisse pas du tout de cicatrice tout en donnant le même jour. Je retiens de l'opération de M. Faure la destruction de 1 à 2 centimètres du bord postérieur du vomer pour agrandir l'accès sur l'arrière-cavité des fosses nasales. C'est une chose très ingénieuse. Mais la façon dont M. Faure l'enlève, avec une pince-gouge, n'est pas tout-à-fait satisfaisante ; nous avons en effet essayé de pratiquer cette résection sans y réussir. Pourtant on pourrait y arriver très facilement avec une pince emporte-pièce, semblable à celle de Mounier (1), modifiée par Laurens pour la paroi interne du sinus maxillaire, mais avec des branches plus longues, dont l'une, mince, passera par la narine saine, et l'autre, plus forte, passera par la voie d'opération ; l'emporte-pièce est à section supéro-inférieure. Ces branches présenteront une légère concavité postérieure qui épousera le plancher des fosses nasales. Ainsi on pourra enlever très facilement, sans craindre de fracturer la cloison, tout ce qu'on voudra du bord postérieur du vomer, ce qui rendra vraiment service.

1. *Chirurgie oto-rhino-laryngologique* par Georges Laurens 1906, p. 490.

3) RELÈVEMENT DU NEZ DE BAS EN HAUT

Nous n'avons pas à critiquer l'opération de Lawrence, très justement tombée dans l'oubli; elle coupe les artères nourricières du nez. Quant au procédé de Dupuytren, je n'en parle pas, non plus que de celui de M. Castex, ce sont les mêmes; ils ne donnent pas assez de jour.

4) ABAISSEMENT DU NEZ DE HAUT EN BAS

C'est le procédé d'Ollier; il est évident qu'il donne souvent un jour suffisant, lorsqu'on déplace la cloison. Si l'on veut aller dans l'arrière cavité des fosses nasales, la voie est plus courte et plus sûre. Mais on n'a pas toujours intérêt à ouvrir les deux fosses nasales, et, comme Ollier(1) lui-même le dit: « Tous les nez ne sont pas également favorables à cette opération. » De plus la cicatrice extérieure est trop visible et trop grande, aussi grande que dans le procédé de Chassaignac; et, toujours d'après l'auteur, le nez reste longtemps violacé.

5) SOUS-LABIALE

On peut la diviser en deux :

a) *Procédé de Rouge;*

b) *Rhinotomie unilatérale avec résection osseuse.*

Pour ce qui concerne le *procédé de Rouge*, rien à

1. OLLIER. *Bull. Soc. chir.*, 1867, p. 264.

dire ; il est évident qu'il peut servir pour ce qu'il a été inventé, mais il donne une voie d'accès trop étroite pour en faire un bon procédé.

Quant à *la rhinotomie sous-labiale unilatérale avec résection osseuse*, c'est une opération qui donne beaucoup de jour, sans faire d'incision cutanée ; il ne touche pas à la cloison ou la sous-cloison ; de plus il est facile à faire, ne laisse aucune déformation du nez à la suite. C'est par conséquent une opération de choix pour les tumeurs des fosses nasales.

En somme, notre choix se porte sur deux procédés : la rhinotomie para-latéro-nasale, telle que la pratique M. Moure avec la modification de M. Sebileau ; ce procédé, quand on veut avoir une voie d'accès large est utile, et la rhinotomie sous-labiale unilatérale avec résection osseuse. En effet :

1° tous les deux donnent un jour suffisant pour extraire n'importe quelle tumeur des fosses nasales, tout en mutilant le moins possible le malade ;

2° L'une laisse une cicatrice qui est petite et peu disgracieuse et l'autre n'en laisse pas du tout, remarque qui est très importante surtout quand il s'agit d'une région comme la face où la moindre cicatrice est disgracieuse, particulièrement chez la femme.

CHAPITRE IV

INDICATION DE CHAQUE PROCÉDÉ D'APRÈS LE SIÈGE DE LA TUMEUR A ENLEVER. — OBSERVATIONS

On peut diviser les tumeurs qui prennent naissance dans les fosses nasales en quatre catégories :

- 1) Tumeurs *hautes*. — Masse ethmoïdale.
- 2) Tumeurs *moyennes*. — Cornet moyen et une partie de la cloison.
- 3) Tumeurs *basses*. — Plancher des fosses nasales, partie inférieure de la cloison et cornet inférieur.
- 4) Tumeurs *postérieures*. — Apophyse basilaire, cavum.

Etant donné la disposition des tumeurs, quelle opération choisira-t-on? Il est évident que pour les tumeurs de la première catégorie l'opération la plus facile est celle de M. Moure. Parce que la voie est la plus courte et la plus large. On est sur la tumeur pour ainsi dire, dès que la voie est ouverte; on n'a qu'à l'enlever en se servant d'une curette et sous protecteur du côté des méninges; ce protecteur consiste en une simple gouge plate qu'on introduit parallèlement à la lame criblée, comme M. Moure l'a indiqué lui-même.

Pour les tumeurs de la seconde, troisième et quatrième catégories, la question ne se pose pas ; on choisit la rhinotomie sous-labiale unilatérale avec résection osseuse, parce qu'on a la tumeur aussi près, par une voie aussi large que la rhinotomie para-latéro-nasale et parce qu'elle ne laisse pas de cicatrice. Pour les tumeurs placées sur l'apophyse basilaire, s'il n'y a pas assez de voie d'accès en arrière, on n'a qu'à lui adjoindre l'ingénieuse modification de M. Faure qui enlève un peu du bord postérieur de la cloison avec un instrument à emporte-pièce, comme je l'ai déjà dit plus haut. Pour plus de facilité on doit se servir, lorsqu'on veut aller sur l'apophyse basilaire, de curettes à légère convexité antérieure.

Voici maintenant quelques observations en faveur de ces deux procédés :

OBSERVATIONS

Observation I (1)

Cancer de l'ethmoïde.

Voici d'abord une observation de M. Moure :

M. B..., 55 ans, tonnelier, se présente à la Clinique le 4 mai 1900 se plaignant de gêne de la respiration par le nez, du côté gauche.

1. *Revue hebdom.*, etc. p. 407.

A l'examen, on constate que la fosse nasale de ce côté est en grande partie remplie par une masse fongueuse, grisâtre, sphacélée à sa surface, laissant s'écouler autour d'elle un liquide ichoreux, sanieux, empesant le mouchoir. La tumeur descend jusqu'au niveau du plancher, mais n'obstrue pas complètement le naso-pharynx. Je pose dès lors le diagnostic de tumeur maligne, sarcome ou épithélioma, et propose l'extirpation du néoplasme par les voies naturelles, afin de me rendre compte de son point d'insertion.

Cette extirpation fut pratiquée le 19 mai, après anesthésie à la cocaïne, à l'aide de l'anse froide et de ma pince double-gouge. Dès que la fosse nasale fut débarrassée de cette tumeur, je puis constater qu'elle paraissait être insérée sur la partie supérieure du cornet moyen gauche. L'écoulement de sang ne fut pas très abondant.

La tumeur, examinée au microscope, nous démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

Le malade, revu un mois après, présentait sur le point d'implantation une sorte de cicatrice sur laquelle j'appliquai le galvanocautère.

Malgré les recommandations que je lui fis de revenir me voir pour montrer de temps à autre ses fosses nasales, le malade ne revient à la clinique que le 18 janvier 1901, il était alors porteur d'une récidive ayant environ le volume d'une petite noisette. Cette tumeur fut de nouveau extirpée le 19 janvier c'est-à-dire le lendemain, et le pédicule cautérisé au galvanocautère.

A partir de cette époque M. B... rentra de nouveau chez lui pour ne revenir qu'au 9 juillet 1901, se plaignant alors d'éprouver de temps à autre des vertiges qui allaient jusqu'à la perte

de connaissance. Pendant l'examen que je pratiquai à ce moment, il s'affaissa brusquement et resta allongé pendant environ deux minutes dans un état demi-syncopal. En présence de ces troubles cérébraux assez intenses pour faire croire à une diffusion de la tumeur à la partie supérieure, je proposai l'extirpation par la voie externe, ce qui fut accepté par le malade, et pratiqué le 13 juillet sous chloroforme, cela va sans dire.

Après avoir décollé le nez par une incision verticale partant de l'épine nasale du frontal jusqu'à la narine correspondante, mis à nu les os propres et la branche montante du maxillaire supérieur, une partie de l'unguis, et récliné le canal nasal membraneux, je fis sauter ces différentes parties osseuses à la pince coupante. Ceci fait, à l'aide d'une large gouge, je suivis la voûte des fosses nasales, c'est-à-dire la partie inférieure de la lame criblée de l'ethmoïde, et réséquai toute la tumeur. Il me fut facile de constater que sur la partie moyenne existait une déhiscence, au niveau de laquelle les méninges étaient à nu ; de même vers le sphénoïde, les méninges recouvrant le sinus caverneux étaient également à découvert. Toute la région ayant été parfaitement nettoyée, je cautérisai au galvanocautère les points qui me paraissaient dégénérés, et l'hémostase étant parfaite, je tamponnai la cavité avec de la gaze iodoformée, non pas pour arrêter une hémorragie qui n'existait pas, mais plutôt pour ne pas laisser la base du cerveau à nu. Le même soir, le malade, un peu agité, se levait de son lit pour aller se promener dans la cour de l'hôpital. Malgré cela, il ne survint aucune sorte d'incident ; la réunion de la plaie par première intention se fit d'une façon normale. Deux jours plus tard, je pus enlever le tampon nasal, et huit jours après, les points de suture.

Le malade quitta l'hôpital deux jours après l'opération, en parfait état. Je ne le revis que le 6 septembre, époque où il présentait au niveau de l'arête du nez, vers la partie supérieure, une sorte de dégénérescence polypoïde, d'aspect myxomateux, que j'enlevai facilement avec la pince.

Le 28 février 1902, son état général était excellent ; depuis son opération, il n'avait plus eu de troubles vertigineux : il avait notablement engraisé et se portait très bien. La déformation extérieure était absolument insignifiante ; il eût été difficile de penser qu'il avait subi l'exérèse aussi complète d'une partie de la charpente externe de son nez, tout au plus, si on constatait un peu d'affaissement au niveau de la partie supérieure, vers le point correspondant à l'os propre.

A l'examen rhinoscopique, on voyait une synéchie entre la paroi externe et la portion correspondante de la cloison. Vers la région supérieure de l'angle rentrant, existait encore une petite surface granuleuse qui fut curettée avec soin et cautérisée au galvanocautère.

Depuis, j'ai revu ce malade (13 juin 1902), et j'ai pu constater qu'il allait très bien. Voilà deux ans actuellement qu'il a été opéré pour la première fois par la voie naturelle, et onze mois qu'il a subi son opération par la voie externe.

Je ne sais ce que l'avenir lui réserve au point de vue de récurrence possible de sa tumeur ; dans tous les cas, l'opération ne lui a causé aucune espèce de dommage, même au point de vue esthétique, et elle m'a permis d'éradiquer complètement un néoplasme que j'aurais peut-être mieux fait d'enlever dès le début par cette voie plutôt que par l'orifice naturel, qui ne m'a pas permis d'aller d'emblée assez haut pour être certain de dépasser les limites du mal.

Observation II

Cancer de l'ethmoïde.

M. Moure (1) dans sa *Revue hebdomadaire de laryngologie* cite un autre cas de cancer de l'ethmoïde, mais de volume beaucoup plus considérable que le précédent, au point qu'il avait amené une exophtalmie consécutive à la destruction de l'os planum ; bien plus, le néoplasme envoyait un prolongement à travers la cloison jusque dans le sinus maxillaire opposé. Malgré ce volume excessif de la production maligne, M. Moure a pu, par son opération, enlever tous les prolongements de la tumeur et leur insertion sur la lame criblée, qu'il a enlevée en totalité.

Malgré la large intervention tardive, il est survenu quelques mois après une récurrence qui fut réopérée mais pour laquelle M. Moure craint un insuccès comme pour la première.

Observation III

Cancer de l'ethmoïde.

M. Lermoyez (2) cite dans les *Annales des maladies de l'oreille* le cas suivant : Georges B..., coiffeur, âgé de 45 ans, commença vers le milieu de l'été 1903 à moucher abondamment des matières jaunâtres, parfois teintées de sang, et qui bientôt

1. *Revue hebdom. de laryng.*, p. 411.

2. *Annales des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, 1904, p. 1 et suivantes.

devinrent fétides. Puis son nez se boucha du côté gauche : et après avoir essayé divers traitements empiriques, il vint me consulter à l'hôpital Saint-Antoine, le 21 janvier 1904.

Il avait toujours été bien portant ; pas syphilitique ; peu alcoolique ; mais grand fumeur. Au reste malgré les accidents nasaux, sa santé générale se maintenait bonne ; pas de névralgies faciales, aucun trouble de la vue.

En somme tout le mal se cantonnait à sa fosse nasale gauche. Le péculum montrait, baignant dans de la sanie fétide, une tumeur blanc-grisâtre, bosselée et qui saignait facilement au contact du stylet. Appendue à la partie supéro-externe de la fosse nasale, elle bouchait totalement celle-ci, mais sans contracter d'adhérences ni avec la cloison, ni avec le plancher.

En arrière, on voyait la tumeur faire hernie dans le cavum à travers la choane gauche.

Pas d'engorgement ganglionnaire. L'éclairage par transparence des sinus frontaux et maxillaire se fait bien.

Une biopsie faite dès le lendemain de l'entrée donne le résultat suivant : tumeur nettement maligne, en voie d'ulcération.

En résumé, au point de vue clinique, cancer de l'ethmoïde, gauche, sans adénopathie, sans effraction des cavités voisines.

Une intervention radicale est proposée, acceptée et pratiquée sous chloroforme, le 19 février.

Incision partant de la narine, suivant le sillon naso-génien, pour gagner en haut la racine du sourcil. Rabattement des parties molles du nez vers la droite, et rugination qui met à nu l'os propre du nez gauche, l'épine nasale du frontal, l'apophyse montante du maxillaire, l'unguis, l'os planum jusqu'à la partie la plus reculée de l'orbite. Chemin faisant le sac lacrymal

prudemment décollé est rejeté en dehors, la poulie du grand oblique est mise à découvert pour être mieux ménagée, le trou orbitaire antérieur et interne est reconnu, pour limiter en haut la brèche opératoire : ces divers temps délicats de l'intervention sont ceux avec lesquels nous a familiarisés la chirurgie des sinusites fronto-ethmoïdales. A l'aide d'une pince-gouge introduite alors dans l'orifice piriforme de la fosse nasale, je résèque toutes les parties osseuses ainsi découvertes, en respectant seulement, de l'os propre du nez, le rebord arrondi qui forme sa partie antérieure. L'œil est pendant ce temps protégé par un large écarteur concave de Jansen.

Par cette énorme brèche, qui s'étend depuis l'os du nez jusqu'au fond de l'orbite, la masse cancéreuse fait hernie. La rhinoscopie l'avait fait supposer de volume d'une noix; elle est plus grosse qu'un œuf. Elle occupe tout l'ethmoïde, s'écrasant en avant dans la région de l'agger nasi, où il eut été totalement impossible de l'attaquer par les voies naturelles. J'enlève aisément toute cette masse avec la grande pince ethmoïdale de Luc, qui permet de l'extraire par gros fragments sans hémorragie notable; et grâce à l'absence de prolongements j'en puis faire soigneusement l'ablation totale.

Sur la périphérie, le cancer s'est entouré d'une couronne de polypes muqueux. Cloison et plancher du nez sont intacts.

Rien de plus facile par cette brèche, que d'explorer de bas en haut le sinus frontal : son plancher ayant été enlevé, on le voit rempli de mucocèle de rétention. Très aisé aussi l'examen du sinus sphénoïdal qui est reconnu sain. Lorsque tout le tissu malade a été enlevé, la fosse nasale ne constitue plus qu'une vaste cavité simple à parois lisses.

La fosse nasale est bourrée d'une longue mèche de gaze iodo-

formée, dont l'extrémité sort de la narine, et l'incision est immédiatement suturée sur toute son étendue, sans drainage.

Les suites immédiates sont excellentes: ni fièvre, ni douleurs. Le lendemain, la mèche est retirée par la narine sans hémorrhagie de détamponnement. A partir de ce moment, il n'est pas fait d'autre pansement intra-nasal qu'un tampon d'ouate filtrante à l'entrée du nez.

Cinq jours après, le pansement extérieur est levé; et les sutures enlevées. La réunion immédiate est parfaite.

Huit jours après l'intervention tout pansement est définitivement supprimé; et l'on se contente de laver matin et soir avec l'eau bouillie additionnée d'un peu d'eau oxygénée le vaste cloaque nasal. Un instant, je constate une procidence inquiétante de la graisse orbitaire par la grande brèche osseuse; mais en quelques jours, cette hernie orbito-nasale se réduit d'elle-même.

Et le 8 mars, le malade sort guéri de l'hôpital et reprend son travail. Actuellement (15 juin), l'état local est parfait. Une cicatrice à peine visible dessine la ligne d'incision. Il n'y a aucun trouble ni de la vue ni de la circulation lacrymale. Et, chose curieuse, malgré la disparition de tout le squelette orbito-nasal gauche, on ne constate pas d'effondrement des parties molles. Le doigt, qui palpe par comparaison les deux côtés du nez, fait à peine la différence entre celui où le plan osseux est conservé et celui où un tissu fibreux l'a remplacé.

La fosse nasale est propre, nécessitant un seul lavage quotidien pour enlever quelques croûtes qui vont en s'atténuant; elle forme une vaste cavité à parois nettes; aucune récidive ne s'y montre encore.

Observation IV

Enchondrome de l'ethmoïde.

Voilà comment mon maître Sebileau (1) a enlevé un enchondrome des cellules ethmoïdales : Après avoir ouvert sur la face une longue brèche osseuse par le moyen d'une incision simple para-latéro-nasale, allant du grand angle de l'œil jusqu'à la naissance de la sous-cloison en suivant le sillon naso-génien et le contour de l'aile du nez.

Cette incision, quand on a ruginé sans parcimonie tout le champ que l'élasticité de la peau permet de découvrir, met à nu une partie de la fosse canine et le demi-pourtour de l'orifice piriforme, de la branche montante, l'os propre du nez, la portion interne du rebord orbitaire et toute la région de l'unguis.

Après avoir détaché l'insertion du cartilage latéral de l'aile du nez sur la bordure échancrée de la branche montante, et décollé de sa niche le sac lacrymal, je fis tomber à la pince-gouge toute la branche montante, l'os propre du nez, l'unguis et une petite étendue de la partie interne de l'orbite. Comme cela ne me donnait pas assez de jour, je continuais à faire travailler l'instrument, non plus sur la branche montante elle-même, mais sur le pourtour du « cœur de carte à jouer », ce qui ouvrit le sinus maxillaire et me permit en détruisant un peu de sa paroi interne de créer dans toute la fosse nasale, depuis le dôme ethmoïdal jusqu'à la convexité du cornet inférieur, une béance énorme. J'ai mis ainsi à jour toute la partie antérieure de la tumeur et une partie de ses faces latérales ; mais elle demeu-

1. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1905, p. 1082.

rait obstinément enclavée dans l'étroit défilé de la superstructure nasale et nul effort, nulle manœuvre ne l'ébranlait.

Aucun point d'implantation n'apparaissait ; c'était proprement une transformation totale de tout le labyrinthe ethmoïdal droit. A peine sur la face externe, quelques fragments osseux, lamellaires, demeuraient-ils ; vestiges d'une lame papyracée presque complètement détruite ; en dehors un clivage étroit se laissait découvrir entre la tumeur et la cloison déformée et concave, impossible de passer sous la masse et de l'aborder par derrière.

Je décidai alors de pratiquer le morcellement de la tumeur, et me souvenant qu'il s'agissait d'un enchondrome, j'essayai tout d'abord de l'évider ce qui réussit très bien. Avec la gouge de Legouest et une sorte d'écape tranchante, je réséquai la tumeur et la débitai tout entière en petites tranches jusqu'à ce qu'il n'en restât plus trace. A ce moment la lame criblée seule restait en place ; sur deux points même elle manquait et la dure-mère était à nu.

En arrière, la paroi antérieure du sinus sphénoïdal apparaissait au fond du puits, je l'ouvris pour en examiner la cavité. Et toute cette masse put ainsi être morcelée en fragments rouges, d'aspect finement spongieux, sans qu'à aucun moment rien nous rappelât ni la paroi ni le creux d'une cellule ethmoïdale. C'était bien une transformation complète et totale du labyrinthe et du cornet moyen. L'examen histologique a confirmé la nature enchondromateuse soupçonnée de la tumeur.

Ces quatre observations présentées par des maîtres distingués sont le plus bel éloge de la méthode paralatéro-nasale. Pour les tumeurs de l'ethmoïde, il n'y a pas à hésiter à faire cette opération, à moins que le

sujet préfère ne pas avoir de cicatrice, alors on peut lui faire le procédé sous labial unilatéral avec résection osseuse. Méthode facile pour un chirurgien, quelque peu habitué à ce genre d'opération; mais il faudra toujours aller avec ménagement lorsqu'on approche de la lame criblée, être bien éclairé, par un miroir de Clar de préférence.

Observation V

Sarcome de la cloison; extension au plancher.

(Observation inédite).

Voici maintenant l'observation inédite d'un malade opéré pour sarcome des fosses nasales, la première fois par la méthode para-latéro-nasale, la seconde fois par la méthode sous-labiale unilatérale, par M. *Sebileau* : Il s'agit d'un malade de 25 ans, imprimeur, atteint de sarcome de la cloison.

Le début de la maladie, il y a six mois, se manifesta par de la gêne de la respiration et des céphalées légères, mais continues et quelques épistaxis.

On constate, à la rhinoscopie antérieure, une masse molle, rougeâtre, saignant au moindre contact, insérée par un large pédicule sur la partie antérieure de la cloison cartilagineuse. L'ablation à l'anse chaude est facilement pratiquée, sans hémorragie; la surface d'insertion est détruite au galvano-cautère. La tumeur, examinée histologiquement, est du sarcome à petites cellules rondes.

Le malade, qui se considère guéri, est perdu de vue pendant trois mois. La récurrence s'étant produite le malade est admis dans un service de chirurgie générale; deux masses ganglionnaires se sont développées dans la région cervicale; l'une en avant du

larynx, l'autre sous-angulo-maxillaire. De plus la récidence s'est faite avec une rapidité telle que les narines sont obstruées par deux masses blanchâtres, prises tout d'abord pour du myxome, aussi le malade est-il adressé dans le service de M. Sebileau pour ces soi-disant polypes du nez.

On reconnaît alors le malade, on retrouve son observation et on fait le diagnostic de sarcome à marche rapide, avec ganglions bacillaires, nullement symptomatiques de la néoplasie.

Les symptômes fonctionnels consistent en une obstruction nasale complète, avec tout le cortège symptomatique et une légère céphalée. Le malade a maigri un peu. L'examen rhinoscopique antérieur, après cocaïnisation permet de constater que le stylet contourne dans les deux fosses nasales la masse sarcomateuse en bas, en dehors et en haut, celle-ci adhérent seulement au niveau de la cloison, au point d'implantation primitif.

Le 8 mai 1906 on opère ce malade : les deux ganglions sont enlevés ; le sous-angulaire d'abord, il est adhérent, il nécessite la ligature entre deux pinces de l'anastomose, entre la jugulaire interne et l'externe

Le ganglion pré-laryngé est ramolli un peu, du pus s'écoule dans la plaie.

On fait alors une incision para-latéro-nasale se terminant dans le pli de l'aile du nez qui est rabattu en dedans. Les os propres du nez et la branche montante trépanés, on a suffisamment de jour pour enlever la masse sarcomateuse qui a détruit la cloison et ne fait qu'une avec la masse opposée. Les bords de la perforation de la cloison sont largement excisés ; on fait un pansement à l'ektogan.

Le malade part quelques jours après guéri, mais la récidence survient encore une fois et il revient dans le service de M. Sebi-

leau qui l'opère le 10 janvier 1907 par la *méthode sous-labiale unilatérale*. L'opération consiste à inciser le sillon gingivo-labial à partir du milieu (à côté du repli gingivo-labial médian) jusqu'à 3 cm. 1 2 à 4 centimètres en dehors. On rugine l'os, on décolle le cartilage latéral de l'aile du nez qui est inséré sur la moitié du pourtour piriforme de l'orifice antérieur de la fosse nasale. L'hémostase est faite par tamponnement et on est éclairé par le miroir de Clar.

On enlève avec la pince-gouge 1 centimètre à 1 cm. 1/2 du pourtour piriforme (de l'os), la moitié antérieure de la paroi interne du sinus maxillaire, et la partie antérieure du cornet moyen. La voie qui s'ouvre ainsi étant très large, avec une curette droite, et surtout avec la curette de M. Sebileau, on a enlevé toute la tumeur sarcomateuse qui était sur la partie inférieure de la cloison et tout le plancher de la fosse nasale. On met une mèche à l'ectogan qui sort par la narine correspondante et la plaie est suturée par quatre points de catgut.

Suite opératoire. — Le deuxième jour, on enlève la mèche à l'ectogan et on donne à reniffler de la vaseline stérilisée. La suture sous-labiale s'est fermée par première intention. Le malade respire bien par les deux narines, mieux par celle qui a été opérée en dernier (gauche). Il y a une légère diminution de la sensibilité de la lèvre gauche; l'opéré sent bien le contact des objets, mais ne distingue pas bien si le contact est un peu chaud ou froid. Mais si l'objet est plus chaud la chaleur est perçue.

Cela va en s'atténuant. Il n'a pas de modification de la sensibilité des dents : sensibilité égale des deux côtés. Il a une anesthésie complète de la gencive sur laquelle l'incision a porté et seulement le long de cette incision, sans que cela gêne l'opéré le moins du monde. Le malade ignorait cet état d'insensibilité; d'ailleurs un mois après, tout était rentré dans l'ordre.

CONCLUSIONS

I. — La *rhinotomie simple*, et « à fortiori » la *rhinotomie osseuse* sont des interventions qui depuis le progrès de la rhinologie relèvent d'indications et de technique opératoire nettement établies : dans les cas de tumeurs bénignes, particulièrement de myxomes des fosses nasales, les voies naturelles sont les véritables voies d'accès ; la malignité des tumeurs réclame, par contre, une exérèse complète qui ne peut être pratiquée que dans une intervention large, à ciel ouvert.

II. — Pour créer une voie d'accès suffisante vers les tumeurs nasales, il faut, après avoir incisé les tissus mous, pratiquer aux dépens de l'orifice antérieur des fosses nasales une résection osseuse plus ou moins étendue suivant les lésions. Cette résection respectera les parois du sinus maxillaire, si cela est possible, dans le cas de néoplasies de la cloison et du plancher ; elle ouvrira au contraire largement l'antre d'Ilighmore en cas de lésions formées aux dépens de la paroi externe des fosses nasales (cornet inférieur ou ethmoïde).

III. — La *voie para-latéro-nasale supérieure* (Sebileau) donne un jour suffisamment large, permet d'aborder directement la région supérieure des fosses nasales, mais laisse après elle une cicatrice qui, pour n'être pas trop disgracieuse, n'en constitue pas moins la trace indé-

lébilé d'une intervention en pleine région faciale ; cette voie d'abord peut être employée dans le cas de tumeurs haut situées (cornet moyen, masse ethmoïdale).

IV. — *La voie para-latéro-nasale inférieure* (Sebileau) avec résection osseuse telle que la pratique mon maître Sebileau donne exactement le jour dont on a besoin, n'est suivie d'aucune déformation, laisse une cicatrice visible à sa partie supérieure, mais quelque peu masquée en bas dans le pli de l'aile du nez ; elle trouve son indication dans les cas de tumeurs de la partie inférieure des fosses nasales.

V. — Pour aborder le cavum (apophyse basilaire), on peut pour se donner plus de jour, détruire à la façon de J.-L. Faure, la cloison osseuse, cette ablation étant le deuxième temps de la rhinotomie para-latéro-nasale ou la sous-labiale unilatérale avec résection osseuse.

VI. — Enfin *la voie sous-labiale unilatérale* que nous avons réalisée sur le cadavre et que notre maître M. Sebileau a pratiquée sur un de ses malades, nous semble pouvoir s'appliquer presque à toutes les interventions rhinologiques faites en dehors des voies naturelles. Elle oblige, si on veut se créer un jour large, à ouvrir le sinus maxillaire ; elle est peut-être d'une exécution plus délicate pour le chirurgien qui n'est pas familiarisé avec la technique des interventions sur la bouche ; mais elle permet d'explorer tout le nez et l'arrière-nez, de pouvoir être employée dans presque tous les cas, et de ne modifier en rien le visage de l'opéré ; *c'est avant tout une intervention esthétique.*

BIBLIOGRAPHIE

- BOECKEL. — Traité des résections par O. Heyfelder, traduit de l'allemand avec additions et notes par Dr Böeckel, 1863, p. 294 ed. Treuttel et Wurtz à Strashbourg, et Baillière et fils à Paris.
- CASTEX. — Deuxième congrès de chirurgie. Paris, 1896, p. 286, éd. Félix Alcan.
- CHALOT. — Nouveaux éléments de chirurgie opératoire par V. Chalot. Paris, 1886, p. 189 et 190 et Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoire par Chalot, 3^e éd., Paris, 1898, p. 166 et 167, éd. Octave Doin.
- CHASSAIGNAC. — *Moniteur des hôpitaux*, 21 mars 1854, p. 266, 1^{re} série, t. II, 2^e année.
- DEMARQUAY. — *Bull. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1857-1858, 9 juillet, p. 16, t. VIII éd. Victor Masson, et *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1862, p. 554, t. IX, éd. Victor Masson et fils.
- DENUCÉ. — Thèse pour le doctorat en méd., le 24 déc. 1869, p. 39 et 40 par Edouard Baudrimont: De la méthode nasale dans le traitement des polypes naso-pharyngiens. Paris, éd. A. Parent.
- DESPREZ. — *Thèse de Paris*, le 25 août 1857, p. 29 par E. Desprez, éd. Rignaux.

- DIONIS. — Cours d'opération de chirurgie par Dionis. Paris, MDCCVII, p. 480, éd. Laurent D'Oury.
- DUPUYTREN. — In *Thèse de Paris*, 1864, p. 27 par Robin Massé : Sur les polypes naso-pharyngiens au point de vue de leur trait. éd. A. Parent.
- EUSTACHE. — *Gazette hebd. de méd. et de chirur.*, 1860, p. 389, t. VIII, Paris, éd. V. Masson et fils.
- FAURE. — In *Thèse de Paris*, 1903, p. 47 par F. Christophle Sur la voie naso-maxillaire dans l'ablation des tumeurs du naso-pharynx (Procédé J.-L. Faure), éd. Jules Roussel.
- GARENAGEOT. — Traité des opérations chirurgicales par Garenageot. Paris, MDCCXXXI, p. 53, t. III, 2^e éd., éd. Cavalier.
- GUY DE CHAULIAC. — La grande chirurgie de Guy de Chauliac composée en 1363, revue et collationnée sur les manuscrits et imprimés latins et français par E. Nicaise 1890, p. 330, éd. Félix Alcan.
- HIPPOCRATE. — Œuvres complètes d'Hippocrate, traduction nouvelle avec le texte en grec en regard par E. Littré, 1851, p. 53, t. VII. Paris, éd. J.-B. Baillière.
- LANGENBECK. — In *Gazette hebd. de méd. et chirur.*, 27 janvier 1860. Paris, éd. V. Masson, et in *Deutsche Klinik*, n^o 48, 1859.
- LAURENS. — Chirurgie oto-rhino-laryngologique par G. Laurens. Paris, 1906, p. 490, éd. Steinheil.
- LAWRENCE. — In Traité des résections par Heyfelder, 1863, p. 295, et *Médical Times*, 1862, nov., p. 491.
- LEGOUEST. — *Bull. de la Soc. de chirurgie* du 29 nov. 1865, p. 523, 2^e série, t. VI, éd. V. Masson.
- LENOIR. — *Bull. général de therap. méd. et chirur.* Paris, 1842, p. 321, t. XXII.
- LERMOYEZ. — *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juillet 1904, n^o 7, p. 1 et suivantes, t. XXX.
- MICHAUX. — *Bull. de l'Académie royale de méd. de Belgique*, 1852-53, p. 342, t. XII, éd. Mortin de Bruxelles, séance

- du 26 février 1853, et in *Mémoires de l'Académie royale de méd. de Belgique*, 1854, p. 3, t. III, même éd.
- MICHEL. — In *Thèse de Strasbourg*, 14 janvier 1869, p. 58, par Mathias Duval : Étude sur la valeur relative des procédés de section des maxill. sup. appliq. à l'extraction des polypes naso-pharyngiens, éd. G. Silbermann, Strasbourg.
- MOURE. — *Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, publiée par E. J. Moure (de Bordeaux), MDCCCCH, p. 405 et 411, éd. Octave Doin, Paris, t. XXII, vol. II.
- OLLIER. — *Bull. de la Soc. impériale de chirur. de Paris*, 1866, p. 263, 2^e série, t. VII, éd. V. Masson et fils, et in *Bull. Soc. de chirurgie*, 1867, p. 264.
- ROUGE. — Nouvelle méth. pour le trait chirur. de l'ozène, 1873 (Lausanne) et in *Traité de technique opératoire* par Monod et Vanverts, 1902, p. 744, t. I, Paris, éd. Masson.
- ROUX. — *Bull. de la Soc. anatomique de Paris*, 1843, p. 294 et 295, XVIII^e année, déc., éd. Miquet, et in *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, Paris, 16^e année, 19 déc. 1843, p. 594, n^o 149, t. V, 2^e série.
- SEBILEAU. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1905, séance du 13 déc. p. 1082.
- TIRIFAHY. — *Bull. de l'Académie royale de méd. de Belgique*, 1888, p. 393 ; 4^e série, t. II, Bruxelles.
- VERNEUIL. — In *Thèse de Paris*, 1869, 24 déc., par Baudrimont, p. 42 : Sur la méthode nasale dans le trait des polypes naso-pharyngiens, n^o 307, éd. A. Parent.

Vu : le Président de la thèse,

TERRIER

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD